TRAVAUX CHIRURGICAUX

PAR

Le Docteur P.-A. PETIT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

1910

TRAVAUX CHIRURGICAUX

I

OS ET ARTICULATIONS

I. — LUXATIONS RÉCIDIVANTES DE LA ROTULE

Leur Traitement

PROCÉDÉ ORIGINAL DE CAPSULORRAPHIE

On sait combien sont fréquentes les récidives des luxations de la rotule en dehors à la suite d'une première réduction. Ces causes de récidives sont dues tantôt à la laxité des ligaments, surtout du plan fibro-ligamentaire interne, tantôt à la contraction du triceps fémoral qui tend toujours à attirer la rotule en dehors, enfin à certaines dispositions anatomiques osseuses congénitales ou acquises. Quoi qu'il en soit les luxations récidivantes de l'os patellaire sont d'une fréquence telle que parfois elles deviennent incessantes. L'attention des chirurgiens

devrait donc se porter naturellement de ce côté de la thérapeutique des articulations, d'autant plus que cette tendance aux luxations multiples rotuliennes est capable de produire à la longue une véritable infirmité.

Lahanowski et Guichemerre ont montré « combien la luxation est aisée une fois que l'os a perdu une première fois ses connexions normales, en identifiant le système ostéo-ligamenteux formé par la rotule et ses deux tendons à la *corde extrême* d'un violon légèrement tendue sur la pente d'un chevalet, mais sortie de l'encoche ; qu'on vienne à augmenter la tension de la corde ; aussitôt elle se déplace, glisse et se luxe pour ainsi dire sur le bois de l'instrument ».

A. — *Procédés divers de Capsulorraphie*

Les divers procédés de capsulorraphie comprennent le plissement capsulaire ou la résection partielle de la capsule.

Ces deux variantes générales ont toujours pour but de rendre moins lâche la partie interne de la capsule en la rétrécissant et de maintenir en bonne position cette portion rétrécie de façon à créer un obstacle à l'exode rotulienne en dehors.

Certains chirurgiens taillent par deux incisions

verticales dans le ligament interne un véritable lambeau capsulaire dont l'excision crée par suite une perte de substance. On suture les deux lèvres de cette perte de substance ce qui rétrécit d'autant le ligament. Ainsi le déplacement de la rotule sera gêné par le « tiraillement » du ligament interne consécutif à sa rétraction opératoire. Ce déplacement ne se produira donc pas.

D'autres chirurgiens ont voulu renforcer l'aileron interne de la rotule par la suture d'un ou plusieurs tendons des muscles de la patte d'oie. Lanz suture le couturier au bord interne de la rotule. Bœrker divise le demi-membraneux à son insertion inférieure et en suture un faisceau au bord interne de l'os.

Ali Krogius a une méthode assez ingénieuse, consistant : 1° à tailler un lambeau rectangulaire dans l'aileron interne, sans le détacher ; 2° à faire passer ce lambeau au-dessus de la rotule et à aller le placer au côté externe de cette dernière en l'y fixant par suture aux bords d'une perte de substance volontairement réalisée sur l'aileron externe. La rotule se trouve ainsi « cravatée » sur son bord externe et la « cravate fibreuse ainsi créée » a d'autant plus d'action que ses deux extrémités sont fixes. Mais comme il importe de s'opposer aussi à la laxité de l'aileron interne qui ne manquerait pas de se produire à la suite de l'excision du premier lambeau, Krogius

comble cette perte de substance en suturant ses bords l'un à l'autre.

Un double résultat est ainsi acquis : 1° La rotule ainsi cravatée est maintenue plutôt du côté opposé au siège habituel de son déplacement ; 2° la laxité de l'aileron interne est diminuée et cette disposition crée un obstacle de plus à la luxation en dehors de l'os patellaire.

B. — *Procédé personnel*

Nous avons expérimenté personnellement sur le cadavre un procédé permettant de lutter contre ces luxations récidivantes. Ce procédé tient le milieu entre le plissement capsulaire et la résection partielle de la capsule.

Pour nous rendre un compte exact de sa valeur, nous avons accentué l'obliquité du condyle externe fémoral au ciseau et au maillet de façon à diminuer son relief et à rendre par suite les dispositions anatomiques plus favorables à une luxation récidivante expérimentale.

Ayant luxé la rotule en dehors et ayant réduit la luxation nous arrivions par des mouvements de flexion et d'extension combinés à reproduire le plus naturellement du monde cette *reluxation*.

Nous plaçant donc dans les conditions les plus défavorables au maintien de la réduction, nous n'en pouvions que mieux apprécier la valeur de notre procédé. Or nous avons constaté qu'après l'intervention opératoire dont nous allons parler, cette reluxation ne se produisait plus et qu'on avait la sensation que la rotule était bien solidement maintenue dans le sens opposé à son déplacement habituel.

Technique opératoire. — Ce procédé évidemment très simple se pratique comme il suit :

Premier temps. — *Relèvement d'un lambeau cutané.* — On a recours soit à l'incision en fer à cheval employée pour la résection typique du genou, soit à une incision formant un volet cutané à la partie interne du genou, volet à charnière externe. Toutefois nous pensons que dans le cas présent cette dernière incision est préférable à la première.

Ce volet cutané étant relevé, on met à découvert aileron interne et la rotule recouverte de ses plans fibreux.

A ce moment si la réduction de la reluxation n'a pas été faite ou n'a pu être faite auparavant pour un motif quelconque, on l'a fait aussitôt à ciel ouvert.

Si par hasard la reluxation était de date ancienne et que des adhérences sous-rotuliennes s'opposent à sa réduction, on profiterait du temps suivant pour rompre ces adhérences.

Deuxième temps. — *Taille d'un volet fibro-ligamenteux au niveau de l'aileron interne.* — On procède à la taille d'un volet rectangulaire dans l'aileron interne. La hauteur de ce volet est au moins égale à celle de la rotule et sa charnière est externe. La capsule se trouve ainsi ouverte. C'est à ce moment qu'on peut, à la faveur de cette incision d'arthrotomie, explorer la face postérieure de la rotule pour rompre les adhérences, s'opposant à la réduction, si toutefois celles-ci ont été un obstacle à l'exécution de cette dernière. Bien entendu ces manœuvres doivent être exécutées le plus aseptiquement possible, car il ne faudrait pas aggraver une intervention simple par une complication grave : l'arthrite suppurée !

En tout cas, la réduction opérée et le volet ligamenteux ainsi taillé on procède alors au troisième et dernier temps de l'intervention.

Troisième temps. — *Suture du bord interne de la plaie ligamentaire à la charnière du volet ligamenteux.* — Le volet ligamenteux ainsi taillé est relevé vers le côté externe de façon que sa charnière soit en regard du bord interne de l'incision ligamentaire. C'est ce bord interne qu'on va suturer au bord adhérent de la charnière de façon à combler ainsi le vide qui les sépare et à rétrécir d'autant l'aileron interne. Un premier résultat est ainsi atteint : la rétraction opératoire de l'aileron interne, par conséquent la diminution de la laxité de ce ligament.

Comme le volet n'a pas été excisé puisqu'il tient toujours par sa charnière il va falloir le traiter, car si nous nous contentions des temps opératoires déjà exécutés, notre procédé reviendrait purement et simplement à avoir exclu une portion de l'aileron rotulien, pratique déjà indiquée par d'autres que nous.

Ce qui, selon nous, fait l'originalité de cette variante, c'est l'addition du temps suivant combiné avec le précédent.

Quatrième temps. — *Suture du bord libre du volet ligamenteux aux muscles de la patte d'oie.* — Le volet ligamenteux qui avait été relevé en dehors pour permettre l'exécution du temps précédent est alors rabattu en dedans, vers les muscles de la patte d'oie. Il recouvre nécessairement la suture déjà exécutée. On suture le bord libre de ce volet à un des muscles de la patte d'oie, soit au couturier, soit au demi-membraneux.

La rotule est ainsi maintenue dans sa nouvelle position par deux systèmes de sutures : l'une ligamento-ligamentaire, l'autre ligamento-musculaire renforçant la précédente. Elle ne peut donc plus se dévier en dehors ; d'autre part, elle est attirée fortement en dedans par la suture exécutée dans le temps précédent.

On termine l'intervention par la suture du lambeau cutané.

En somme le même volet ligamenteux sert en même temps à diminuer la laxité de l'aileron interne et à renforcer le maintien de la rotule dans sa nouvelle position. Il s'oppose donc à la récidive de la luxation.

II. — FRACTURES TRANSVERSALES DE L'OLÉCRANE

Appareil destiné a maintenir la coaptation des fragments

Dans les fractures transversales de l'olécrane, le fragment supérieur a toujours une tendance à remonter, c'est-à-dire à s'éloigner du fragment inférieur, entraîné qu'il est par le triceps brachial. Il se passe là un mécanisme analogue à celui qui produit la divergence des fragments dans les fractures de la rotule.

Or si pour l'os patellaire, la coaptation rigoureuse des deux fragments est nécessaire pour le bon fonctionnement ultérieur de l'article, il en est de même au coude où un cal exubérant de l'olécrane peut gêner les mouvements d'extension de l'avant-bras sur le bras. Il importe donc de maintenir réunis le mieux possible les deux fragments d'une fracture transversale de l'olécrane.

Sans doute on peut pratiquer la suture osseuse,

comme on le fait pour la rotule ; c'est même ce qu'il y aurait de mieux à faire dans certains cas ; mais pour certains malades pusillanimes c'est là une « opération » et souvent on se heurtera à un refus catégorique de la part de l'entourage. Force est donc dans ce cas de s'en tenir aux moyens non sanglants. L'appareil dont nous donnons la description nous semble réaliser fort bien la contention des fragments sans laisser subsister entre eux le moindre écart. En outre, comme on le verra, il évite le port d'un appareil plâtré de tout l'avant-bras, chose qui n'est pas à dédaigner pour certains malades.

L'appareil se compose :

1° D'un cylindre métallique pouvant s'adapter à la partie inférieure de l'avant-bras en embrassant toute la circonférence de ce dernier sur une hauteur de 8 centimètres environ. Ce cylindre doit rester fixe autour du membre et pour cela il suffit soit de l'adapter à un petit appareil plâtré de même forme, de mêmes dimensions et de même hauteur qui après dessication maintiendra parfaitement la fixité du cylindre métallique.

Si on voulait absolument éviter l'appareil plâtré — même minime — on pourrait lui substituer ainsi qu'au cylindre métallique un manchon anti-brachial en cuir analogue à ceux portés par certaines personnes qui y enchâssent une montre. Dans ce cas il faudrait maintenir la fixité de ce manchon par des courrois ou

petites bretelles digitales convenablement disposées, ce qui est toujours facile.

Bref, que le manchon antibrachial soit métallique ou en cuir, il est muni de deux tringles longitudinales, paralléles au grand axe du cylindre, c'est-à-dire à l'axe de l'avant-bras et parallèles entre elles. Ces tringles sont creuses, munies à l'intérieur et sur toute leur hauteur d'un pas de vis. Elles portent à leur extrémité inférieure deux ou trois trous traversant complétement leur épaisseur. Cette extrémité inférieure s'adapte au manchon de façon que les tringles puissent librement tourner sur elles-mêmes lorsqu'on leur imprime un mouvement de rotation par l'intermédiaire d'une tige rigide qu'on introduit dans les trous de l'extrémité inférieure. Ces deux tringles creuses et paralléles ont une longueur de 8 centimètres environ. Elles sont distantes l'une de l'autre d'une quantité égale à peu près à la largeur d'un olécrane de moyenne grandeur.

2° La deuxième partie de l'appareil comprend deux tringles pleines se terminant à une de leurs extrémités par un petit godet rigide muni d'un coussinet et pouvant emboîter le bec de l'olécrane. Ces deux tringles pleines et parallèles ont le même écartement que les tringles creuses. En outre, elles se terminent à leurs extrémités inférieures (celles opposées au godet) chacune par un pas de vis correspondant à celui des tringles creuses. C'est dire que les tringles

pleines peuvent parfaitement pénétrer dans les tringles creuses, les pas de vis des unes s'adaptant aux pas de vis des autres et l'écartement des deux systèmes de tringles étant identique.

Fonctionnement de l'appareil. — Lorsqu'on veut se servir de l'appareil, on commence par fixer, comme nous l'avons indiqué, le manchon à la partie inférieure de l'avant-bras, de façon que les deux tringles creuses se trouvent sur le plan de la face postérieure de l'avant-bras. Celui-ci est fléchi sur le bras à 90 degrés dans une position intermédiaire à la pronation et la supination. La face postérieure de l'avant-bras devient donc postéro-externe.

Cela fait on fixe le petit godet de façon qu'il embrasse complètement le bec de l'olécrane et aussi que les tringles pleines se trouvent sur le plan de la face postérieure (postéro-externe) de l'avant-bras. Ainsi placées, les extrémités libres des deux systèmes de tringles se font face.

Il n'y a plus qu'à engrener les tringles pleines chacune dans la tringle creuse correspondante pour avoir un système définitif rigide et présentant un point fixe à l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

Le point mobile dans les cas de fractures transversales de l'olécrane est le fragment supérieur, c'est-à-dire le bec olécranien. C'est précisément le bec enchâssé dans le godet qu'on va maintenir appliqué contre le fragment inférieur de la façon suivante : Il

suffira pour cela de faire tonrner sur elles-mêmes les tringles creuses à l'aide d'une tige rigide passée dans les trous qu'elles présentent à leurs extrémités inférieures. Ce mouvement de rotation a pour effet — les pas de vis des deux systèmes s'adaptant — de faire pénétrer progressivement les tringles pleines dans les tringles creuses, c'est-à-dire de faire arriver le bec olécranien au contact absolu du fragment inférieur et de maintenir solidement la coaptation ainsi maintenue.

Si dans la suite on s'aperçoit qu'un certain relâchement s'est produit par suite d'un glissement même minime du manchon, il est toujours facile et possible de resserrer le pas de vis de façon à rapprocher encore les deux fragments de l'olécrane. Mais nous répétons qu'il faut tout d'abord veiller à l'immobilisation absolue du manchon qui constitue évidemment le point fixe.

Un autre avantage, en dehors de la coaptation rigoureuse ainsi assurée, existe dans ce fait que le malade même muni de son appareil peut executer quelques mouvements dans son articulation du coude ce qui n'est pas sans importance au point de vue de l'ankylose ultérieure.

Enfin il n'a pas tout l'avant-bras immobilisé et comprimé dans un appareil plâtré, compression habituellement fâcheuse à tous points de vue.

II

GYNÉCOLOGIE

I. — ACTION THÉRAPEUTIQUE DU CHLORURE DE ZINC EN GYNÉCOLOGIE

Le chlorure de zinc en solution est très employé en gynécologie depuis quelques années, au point que certains chirurgiens, dans certains cas, lui concèdent la valeur d'un curettage, avec, sur ce dernier, l'avantage de ne point immobiliser les malades. Mais c'est surtout dans les diverses métrorragies, au moins d'une façon palliative, qu'il trouve le mieux ses indications et qu'il rend le plus de services. Il peut même dans certains cas servir de pierre de touche pour le diagnostic. Enfin, en revanche, il n'est pas exempt, nous ne dirons pas de dangers, mais de quelques inconvénients que nous passerons en revue.

La solution de chlorure de zinc à 20 0/0 peut être employée : 1° dans les cas de rétention des débris placentaires ; 2° dans les infections du canal génital accompagnées ou non de métrorragies ; 3° dans les métrites dites « hémorragiques » ; 4° dans les can-

cers du col ou du corps, à certaines périodes ou lorsqu'ils sont réputés inopérables.

Dans les trois premiers cas le chlorure de zinc agit aussi bien comme modificateur de la muqueuse utérine que comme hémostatique. En effet sous l'influence d'une injection de chlorure, pratiquée selon les règles habituelles, la muqueuse est détruite et subit une régénération complète. En somme on obtient un résultat presque équivalent à celui du curettage où la modification de la muqueuse utérine est produite par action mécanique. A la suite de l'injection on voit en effet une abondante hémorragie immédiate et momentanée se produire, due évidemment à la destruction des tissus muqueux plus ou moins vasculaires selon les cas pathologiques. On conçoit par cela même l'avantage réel que présenté l'emploi de ces solutions de chlorure, puisqu'elles peuvent éviter parfois à certains malades les ennuis d'un séjour au lit et aussi d'une anesthésie chloroformique !

Hâtons-nous de dire qu'en pratique beaucoup de malades accepteront volontiers les injections qui refuseraient systématiquement ou par peur une intervention même aussi bénigne que le curettage !!

Dans les métrites dites « hémorragiques » et les cancers utérins causant d'abondantes hémorragies, on pourra aussi très utilement avoir recours à ce précieux caustique.

Cette méthode réussit admirablement dans certains

cas d'hémorragies consécutives à des débris placentaires devenus polypeux. Dans les cancers du col ou du corps, lorsque au début dans certaines formes cliniques, la muqueuse utérine est friable, et saigne facilement, une ou plusieurs injections de chlorure pourrait arrêter l'hémorragie pour un temps parfois assez long. Dans les cas où la métrorragie d'origine néoplasique est plus profuse, le chlorure de zinc pourra momentanément la tarir, mais à cette période il ne faudra pas trop compter sur des succès durables. Après un arrêt de quelques jours (parfois moins) l'hémorragie reprendra comme auparavant. Néanmoins, même en semblable occurrence, l'injection de chlorure aura permis à la malade de reprendre des forces après une période d'épuisement consécutif à des pertes sanguines souvent énormes.

Parfois enfin, toujours au cas de cancer, la métrorragie s'arrêtera à peine malgré l'injection du caustique et ce sont ces cas qui permettent presque d'affirmer l'origine néoplasique de la métrorragie, si l'on avait par hasard quelque hésitation dans le diagnostic à ce sujet.

Lorsqu'on hésite en effet entre le diagnostic de certaines métrites hémorragiques à allure louche et celui d'un néoplasme utérin avec métrorragies, si des injections répétées de chlorure restent sans effet, il faudra se méfier ; il y a tout lieu de croire à un cancer de l'utérus.

Enfin dans certains cas de cancers inopérables où la portion intra-vaginale du col est entièrement détruite et ne présente comme vestiges de son existence que des bourgeons fongueux et saignants, les injections de chlorure de zinc pourront très heureusement modifier d'une façon temporaire ces masses néoplasiques et laisser quelques périodes de répit aux malheureuses malades! D'ailleurs le curettage ne ferait pas mieux dans des cas semblables, sans compter qu'il serait vraiment excessif de répéter cette intervention aussi souvent que la recrudescence des bourgeons cancéreux viendrait témoigner de l'impuissance des curettages précédents.

Technique de l'injection. — Nous ne nous étendrons pas ici sur la technique de ces injections. Elle est fort simple. On se sert d'une seringue de Braun et après injection intra-utérine, on injecte dans le canal cervical et utérin 1 à 3 centimètres cubes de la solution de chlorure de zinc à 20 o/o. On répète cette injection tous les trois ou douze jours et l'on peut aller même — si cela est nécessaire — jusqu'à 10 injections. « Pendant qu'on pousse l'injection, faire une large irrigation vaginale. »

Accidents et complications de l'injection de chlorure de zinc. — Il se produit parfois des accidents ou mieux des incidents, pendant ou aussitôt après l'injection. Si l'injection est poussée trop violemment et qu'elle soit propulsée ainsi vers les trompes, la

malade accuse de vives coliques pouvant aller jusqu'à la syncope. Parfois cette dernière a été notée et survient quelques instants après la fin de l'intervention. Il est bon pour l'éviter de recommander aux malades de rester couchées une demi-heure, précaution qui d'ailleurs est toujours utile.

Sténoses du canal cervico-utérin. — Autrement sérieuses sont les sténoses du canal cervico-utérin et parfois elles peuvent donner lieu à des complications fâcheuses pour la malade. L'action sclérosante et cicatrisante du chlorure de zinc suffit à les expliquer. Ces sténoses se découvrent soit dans les examens gynécologiques ultérieurs, soit à l'occasion de troubles fonctionnels survenant au moment de la menstruation.

Il nous est arrivé d'examiner une malade à qui nous avons fait pour métrite hémorragique une série d'injections intra-utérines de chlorure de zinc, et de revoir cette malade quelques mois après ce traitement. Or il nous était presque impossible de franchir l'isthme avec l'hystéromètre le plus fin, tant le rétrécissement était serré. En outre, elle présentait des crises de dysménorrhée mécanique, au point qu'une dilatation cervico-utérine devint nécessaire. Nous la pratiquâmes avec des laminaires et des bougies d'Hégar.

Dans un autre cas nous avons eu l'occasion d'observer *post-mortem* une pièce anatomique ;

l'utérus, dans le canal duquel nous avions fait une série d'injections de chlorure de zinc pour métrorragies consécutives à un néoplasme. Voici *in extenso* notre *observation :*

OBSERVATION (Personnelle)

Métrorragies d'origine cancéreuse. — Injections intra-utérines de chlorure de zinc. — Hystérectomie abdominale totale. — Pièce anatomique.

Mme B..., cinquante-quatre ans, fut soignée par nous pendant quelque temps pour des métrorragies d'origine manifestement cancéreuse. Cette malade, ayant refusé précédemment et depuis trois ans environ toute opération, ne présentait à vrai dire comme troubles fonctionnels sérieux que d'incessantes métrorragies. Nous avons tenté un curetage, seule intervention que Mme B... avait bien voulu accepter, suivi de cautérisations ignées. L'amélioration ne subsista que pendant un mois. Ensuite les métrorragies reprirent comme par le passé. Ne voulant point exposer la malade aux ennuis d'un deuxième curettage qui vraisemblablement n'eût pas été suivi de résultats plus durables que le premier, nous lui proposâmes des injections intra-utérines de chlorure de zinc. Nous devons à la vérité de dire que cette fois l'amélioration fut plus durable qu'avec le curettage.

Mais trois mois plus tard la malade ayant été reprise

d'hémorragies utérines très graves, et ressentant d'ailleurs des douleurs intolérables dans les zones habituelles aux viscéralgies néoplasiques, avec altération de l'état général, elle accepta, nons devrions dire, elle exigea — en désespoir de cause — une intervention radicale.

L'hystérectomie abdominale totale fut donc pratiquée par nous en septembre 1908, toute tentative par voie vaginale ayant été jugée impossible, vu la friabilité du col utérin et l'enclavement de l'utérus.

Quatre jours après, la malade ayant succombé avec tous les signes de l'occlusion intestinale post-opératoire, nous examinâmes l'utérus que nous avions enlevé lors de l'intervention. A la coupe nous pûmes constater un rétrécissement très manifeste au niveau de l'isthme ou plutôt un peu au-dessus, avec formation de tissu cicatriciel et de brides fibreuses. Il était logique, vu l'aspect macroscopique de la pièce, de rattacher la formation de ce tissu scléreux aux injections de chlorure de zinc que nous avions pratiquées précédemment.

II. — PROCÉDÉ RAPIDE POUR EXÉCUTER UN *SCHRŒDER*

Cette méthode consiste en une façon spéciale d'enlever une portion unique de parenchyme cervical, comprenant en réalité les deux portions classiques excisées après discision du col, et à diminuer le nombre des passages d'aiguille destinés aux sutures.

Il est donc inutile de faire la discision du col utérin, de façon à le séparer en deux valves, comme on le fait habituellement.

Le col étant saisi au niveau de l'orifice externe par une pince de Museux, on excise cette portion unique de parenchyme aux dépens des deux valves du col. Pour cela, le bistouri pénétrant près du bord cervical de la lèvre antérieure du col suit un trajet oblique d'avant en arrière et de bas en haut, absolument comme si l'on voulait tailler le lambeau classique aux dépens de cette lèvre antérieure, c'est-à-dire qu'il faut conserver moins de parenchyme à la base du lambeau qu'à sa pointe. On exécute une incision analogue et symétrique sur la lèvre posté-

rieure du col et au bistouri ou aux ciseaux, on finit d'exciser la portion centrale de parenchyme à sa base en réunissant par cette incision les deux incisions précédentes. Tout se passe donc comme si on avait taillé deux lambeaux séparés et qu'on eût fait la discision du col. La portion parenchymateuse enlevée et unique — si l'opération a été correctement exécutée — doit avoir le même volume que les deux portions parenchymateuses de la méthode classique réunies.

On a donc évité déjà la discision du col.

Reste à passer les fils de catgut. Par cela, d'un seul passage d'aiguille, on passe un fil traversant le lambeau supérieur, la cavité cervicale et le lambeau inférieur. On effectue ainsi, je suppose, trois passages d'aiguille.

On coupe ensuite chaque fil en son milieu, et au niveau du centre de la cavité cervicale. Chaque long catgut se trouve ainsi divisé en deux chefs ; l'un traversant la lèvre antérieure, l'autre la lèvre postérieure.

Les trois longs catguts donnent donc six catguts, c'est-à-dire la totalité des fils nécessaires aux sutures complètes.

Trois passages d'aiguille ont donc suffi pour effectuer les sutures nécessaires.

On termine par les sutures des commissures du col. Dans le procédé classique il aurait fallu, au con-

traire, effectuer trois passages d'aiguille pour le lambeau supérieur, trois passages d'aiguille pour le lambeau inférieur, une incision en plus pour la discision du col.

Dans le procédé que nous indiquons, trois passages d'aiguille suffisent et l'on a en moins la discision du col à effectuer. C'est donc là un procédé incontestablement rapide pour exécuter un Schrœder.

III. — CURE DES PROLAPSUS GÉNITAUX PAR VOIE VAGINALE

Procédé original

Nous avons en vue ici la cure des prolapsus utérins sans allongement hypertrophique du col et tels que les opérations conservatrices sont encore capables de produire des effets curatifs.

Notre procédé consiste :

1° En cure de la cystocèle vaginale en un temps ;

2° En colporraphie antérieure ;

3° En colporraphie postérieure ;

4° En rétro-fixation séro-séreuse du col au Douglas;

5° En colpo-périnéorraphie (méthode Hégar).

Comme on le voit chacun de ces temps n'a rien d'original, mais c'est dans la combinaison de ces divers temps que réside l'originalité de notre méthode, aussi et surtout dans la façon de pratiquer la colporraphie.

Premier temps. — *Cure de la cystocèle vaginale.* — Aprés avoir séparé la vessie du col, on fait

deux ou trois points de suture transversaux de façon à relever le bas fond de la vessie et on noue les fils de façon à l'éloigner du champ opératoire.

Deuxième temps. — *Colporraphie antérieure.* — On taille alors sur la paroi vaginale, non pas un lambeau rhomboïdal, *mais rectangulaire*, de façon que la perte de substance ainsi obtenue produise, aprés suture transversale, un relévement du col utérin.

Troisième temps. — *Colporraphie postérieure.* — On pratique de même une colporraphie postérieure, de façon à relever le col de la même quantité.

Quatrième temps. — *Incision du Douglas.* — Après incision du Douglas, on rétrécit ce dernier par une suture séro-séreuse comprenant en même temps la paroi postérieure de l'isthme utérin qui se trouve ainsi fixé.

Cinquième temps. — On termine enfin par une colpo-périnéorraphie suivant la méthode d'Hégar.

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris